WELLCOME INSTITUTE LIBRARY
Coll. welTROmec
Call No. pam WC705 1871 U41:b

BEITRAG ZUR ETHNISCHEN PATHOLOGIE ODER ZUR GEOGRAPHIE DER KRANKHEITEN

Dr. Ullersperger
T. Husemann

Monatsblatt fur medicinische Statistik und offentliche Gesundheitspflege,

1871, 12.

22200061364

Beilage zur Deutschen Klinik.

Monatsblatt für medicinische Statistik und öffentliche Gesundheitspflege.

23. December **№ 12.** **1871.**

Inhalt: Beitrag zur ethnischen Pathologie oder zur Geographie der Krankheiten. Von Dr. Ullersperger. — Literaturblatt: Die Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in Sr. Maj. Kriegsmarine während des Quinquenniums 1863—1867. Im Auftrage der Marine-Section des Reichs-Kriegsministeriums statistisch zusammengestellt von Dr. Robert Kolaczek (Schluss.) — Bericht über die Sterblichkeit der Civil-Bevölkerung Wiens im Jahre 1867 und 1868. Nach amtlichen Quellen verfasst von Dr. Jakob Goldschmied, Beschauarzt.

Beitrag zur ethnischen Pathologie oder zur Geographie der Krankheiten.

N'tonzi, Lalangolo, M'bazo-Nicto, a Doença do somno, sleeping-dropsy, Hypnosia, somnolencia, Schlafkrankheit, endemisch in der Provinz von S. Thomé und Principe.

In einer Sitzung der Socidade das Scienciias medicas de Lisboa theilte Ferreira Ribeiro mit, dass dort eine Krankheit endemisch herrsche unter dem Namen Doença de somno. Er bringt Beobachtungen von ein Paar Fällen auf der Insel do Principe und von S. Thomé. Alle Fälle, die zu seiner Kenntniss kamen, endeten unglücklich. Einen Fall beschreibt Ribeiro ausführlicher; er betraf ein 8jähriges Mädchen, von Vater und Mutter her afrikanischer Raçe; — es war gescheid, kräftig, heiter und das einzige Symptom seiner Erkrankung war ein ruhiger, aber ununterbrochener Schlaf. — Der Verlauf war rasch (die genauere Andauer ist nicht angegeben). Das Kind erlag. Man nahm keine Necroscopie vor. Man hatte mit Schiffsärzten im Hafen der Insel do Principe zwei Consultationen veranlasst, deren eine zu keinem Resultat führte, und in der zweiten stimmte man für seröse Congestion in die Spina dorsalis. Die Behandlung bestand in Douchen auf den Kopf, einem Purgans, Santonin, Einreibungen von Spir. camph. mit Sulph. chin. in die Spina dorsalis, trockenen Schröpfköpfen, Sinopismen und Cauterien.

Eine Commission, beauftragt ein Gutachten über die geschehene Mittheilung zu geben, war bestrebt, eine Ansicht einzubringen, wenn auch nicht gerade unumstösslich, jeden Falls aber aus der Domaine der Wissenschaft stammend. Unter den erlangten Aufklärungen brachte man zunächst eine Note des englischen Schiff-Spitals-Arztes von Lissabon F. W. Davis vor. Er hatte Gelegenheit gehabt, die Schlafkrankheit während seines Dienstes auf der britannischen Flotte in englisch Guinea zu beobachten. Er gab folgenden Bescheid hierüber: Meine Kenntniss von der Krankheit, die Rivciro in Anregung gebracht hat, datirt aus den Jahren 1854—57, wo ich in der Marine I. M. an der Westküste von Afrika bei der Niger-Expedition diente. Meine Aufmerksamkeit war darauf geleitet durch Oberarzt Dr. Daniell von Sierra Leone, Verfasser der Sketches of the medical Topography and native diseases of the Gulf of Guinea western Afrika. 1849. Er und Winterbottom nannten sie Lethargus. Dechambre und Nicolas schrieben über the Sleepdisease of the Congo in Gaz. hebd. VIII. 1861. Das hervorstechende Symptom ist unwiderstehliche Neigung zum Schlafe, der allmählich und gradweise immer tiefer wird, bis er mit dem Tode endet. Bewusstsein, Gefühl und Willen sind aufgehoben, wie im natürlichen Schlafe, — dabei besteht weder Fieber, noch Delirium, noch Paralyse von Gefühl und Bewegung. Wenn der Kranke mit Mühe aus dem Schlafe gebracht wird, befindet er sich in einem Zustand von Torpor der Intelligenz, von allgemeiner Stumpfheit; in manchen Fällen tritt vor dem Tode Abmagerung und Durchfall ein. Die Leichen-Autopsien geben negative Resultate.

Dr. Bradshan, Colonial-Chirurg auf Sierra Leone, sieht diesen Lethargus als Product des Rauchens eines Narcoticums an, Diyambe, das die Neger sehr lieben, weil es berauschender ist, als Tabaek und des häufigen Trinkens von schlechtem Palmwein. Nach Bradshan befällt er hauptsächlich Erwachsene. Execsse in Venere sind nach ihm gleichfalls Erzeuger desselben, bei Kindern schiebt er die Schuld auf Meningitis tuberculosa.

Davis hebt nun hauptsächlich drei Vorkommnisse heraus:

1. Fälle durch Gebrauch narcotischer Vegetabilien.
2. Fälle von soporöser Affection in Folge von paludöser Intoxication in Malaria-Gegenden.
3. Fälle in Folge von chronischer Meningitis oder Encephalitis.

Die Krankheit soll längs dem dichtbewaldeten Alluvial-Littorale der Westküste von Afrika sehr gewöhnlich sein, wo ungefähr dieselben physischen Verhältnisse obwalten, wie auf den Inseln do Principe und S. Thomas.

Nach den Berichten der französischen Schiffsärzte wäre das Uebel den portugisischen Selavenhändlern von Congo seit langer Zeit bekannt als Somnolencia. In einigen portugisischen Mittheilungen über Sitten und Gebräuche, topographische und klimatische Verhältnisse der Colonien Portugals finden sich auch Nachrichten über a doença do somno, allein nur nicht ärztlicher Individuen. Die Eingeborenen nannten es N'tonzi, Lalangola, M'bazo-Nicto, in der Provinz von S. Thomé und Principe heisst es durchaus Doença do Somno. Winterbottom, der die Krankheit zuerst studirt zu haben scheint, benannte sie Lethargus und ein anderer englischer Arzt Dr. Clark Sleeping-dropsy, während Dangaix ihr den Namen Hypnosia gab, den einige Pathologen angenommen haben. Alle Berichte und Beobachter stimmen darin überein, dass die Krankheit Eigenthum der Neger von den Küsten des Golfos von Guinea und den angronzenden Ländern sei. Die Engländer beobachteten sie in brittisch Guinea, die Franzosen in Congo, und die Portugisen in Congo, auf den Antillen, auf den Inseln von S. Thomé und Principe. Ueber Alter und Verbreitungsart variiren die Ansichten.

Daugaix hält sie für alt, Gaigneron und Nicolas für modern, wobei zu bemerken bleibt, dass Winterbottom ihrer schon 1819 erwähnt. Nicolas meint, sie sei zuerst in der Nähe von Loanda aufgetreten und habe ihren Weg nach Norden genommen, und ihre Gränze am Cap das Palmas (Canarien) gefunden, während Gaigneron sie von Norden nach Süden wandern lässt. Sie verschont die Europäer, welche Gegenden bewohnen, wo sie endemisch ist, allein sie befällt die Neger, wenn sie Afrika verlassen haben. Nicolas behauptet, auf den Antillen habe man Fälle beobachtet, einige Zeit nachdem Neger gelandet hatten, und Guérin versichert, sie habe Neger befallen, welche bereits 5—6 Jahre dort ansässig geworden. Bei Negern in Amerika geboren, auch wenn sie Söhne von Afrikanern sind, kömmt sie nicht vor. Unter 1200 Negern, welche von Afrika auswanderten, beobachtete Nicolas 5 Fälle von Somnolencia und berechnete, dass 1 pCt. Neger während der Reise von Congo nach den Antillen daran starben. Sie befällt beide Geschlechter, Junge und Erwachsene. — Nicolas merkt auf 9 M. 1 W. an, Davis stimmt ihm bei, während Gaigneron den W. grössere Frequenz beilegt. Guérin, der sich auf 148 Fälle von Somnolencia stützt, bemerkt, dass sie sich am häufigsten im Alter von 12—18 Jahren entwickelt. Gaigneron berichtet, dass die Neger die Krankheit der Hungersnoth zuschreiben, welche in den letzten Jahren jene afrikanischen Gegenden, wo das Uebel ausgebrochen, heimgesucht hatte, wogegen übrigens Nicolas einwandte, dass es gerade hauptsächlich Individuen von guter, kräftiger Constitution befällt, — zudem glaubt er, dass es nicht von physischem Torpor und moralischer Depression der Neger-Sclaven abhänge, da oft sehr heitere und lustige Kinder darunter leiden. — Ribeiro und Guérin bestätigen Dieses. Es erübrigt noch Davis's Ansicht anzuführen. Er nimmt an, dass die brennenden Sonnenstrahlen der Tropen auf die Hirnhäute einwirkend verstärkt, noch durch Missbrauch des Geschlechtsgenusses bei längerer Andauer die Schuld der Entstehung träfe; allein diese Ursachen walten in allen Gegenden der heissen Zone ob und doch bleibt die Somnolencia begrenzt und beschränkt. In nosographischer Beziehung machen die Beobachter verschiedene Angaben: Nicolas sagt, sie beginne mit wirklichen Schlafanfällen, die stets sich näher rücken, und es werde immer schwieriger den Kranken daraus zu erwecken bis zum Tode. Gewöhnlich verfällt der Kranke in Marasmus und Abmagerung, — zuweilen erhält sich dabei das Fettgewebe trotz abgängiger Alimentation, die Wärme erhält sich, aber die Haut ist trocken, die Physiognomie drückt vollständige Gleichgültigkeit aus, es erhält sich zwar Appetit, allein der Schlaf hindert die Alimentation, die Zunge ist normal, die Faeces sind fast ungefärbt, wie man sie zuweilen bei gesunden Negern sieht. Nicolas beobachtete 2 Kranke, die sich im Ruhr-Spital über einen Monat in den schlechtesten hygienischen Verhältnissen erhielten, ohne dass die Verdauungsvorrichtungen in Unordnung kamen. Der Puls, erst langsam, wird beschleunigt. Die Intelligenz ist geschwächt

und träge. Es besteht weder Anaesthesie, noch Analgesie, noch Paralyse, noch Zittern — da der Kranke nie erwacht, bestehen nur Schwankungen. Dangaix giebt 3 Perioden an: in der ersten hält der Schlaf länger als gewöhnlich an und kömmt unvermuthet, die Haut normal oder heiss, ist trocken, der Puls klein zuweilen gehoben, später langsam. In der zweiten ist der Schlaf beinahe constant, das Bewusstsein getrübt, der Puls langsam, zuweilen zur Nachtzeit rasch, der Kopf schwer, seltene Male ist Kopfweh damit verbunden, etwas Durchfall, Abmagerung der Glieder. In der dritten ist der Schlaf schon tief, verdummtes Aussehen, die Augen injicirt und hervorstehend, allgemeine Abmagerung, hartnäckiger Durchfall als Vorläufer des Todes. Auch Gaigneron beschreibt 3 Perioden: in der ersten ist die Schlaflust fast continuirlich, der Gesichtsausdruck stupid, Ptosis palpebrae, unsicherer Gang, der Körper strebt vorwärts zu fallen, Cephalaea temporalis, Pupillen zusammengezogen, die Zunge weissbelegt, roth an den Rändern, Haut heiss, Puls 60—70 Schläge, wenig entwickelt, unregelmässig und aussetzend, dabei kommen Exacerbationen vor, wo der Puls auf 100—110 Schläge steigt, das Bewusstsein wird stumpf — diese Periode schliesst mit Remission des grösseren Theiles der Symptome ab, allein diese Besserung hält gewöhnlich nur 5 bis 6 Tage an. In der zweiten Periode sind die Exacerbationen häufiger, dauern länger an, der Kranke delirirt, ist vorstopft, verliert den Appetit — auch diese Periode endet mit Scheinbesserung, die jedoch noch weniger Stand hält; — in der dritten Periode ist der Schlaf ständig, man kann vom Kranken keine Antwort mehr bekommen, die Haut ist kalt, der Puls klein, kaum fühlbar und sehr frequent, der Urin hell, klar, ohne Albumin — sie endet mit dem Tode. Guérin bemerkte, dass die Krankheit stets Verläufer hat, bestehend in Cephalaea supra-orbitalis, zeitweise mit dem Gefühle von Constriction, Neigung zum Schlafe, vorzüglich nach dem Essen; ihr vermag der Kranke jedoch noch momentweise zu widerstehen, beim Erwachen vermag derselbe die Augen zu öffnen, meistens ist Ptosis palpebr. vorhanden. In der ersten Periode dehnen sich die Anfälle und überraschen den Kranken in allen Lagen; während der Erholung geht der Kranke mit Beschwerde, ist traurig, meidet Gesellschaft. Während des Schlafes ist das Gesicht geschwollen, die Venchen der Sclerotica hervorgetrieben, etwas Exophthalmie, Puls voll, ohne Härte, 70—75 Schläge, Temperatur normal oder etwas tiefer, Appetit, Zunge feucht, zuweilen weiss belegt, manchmal Verstopfung, nie Durchfall, Urin alle Perioden hindurch ohne Albumin. In der zweiten Periode sind die Anfälle stets länger und häufiger, der Kranke erwacht nicht mehr freiwillig, zuweilen treten ungeregelte convulsive Bewegungen ein, deren der Kranke nicht gewahr wird und die er nicht zu mässigen vermag. Anfangs treten sie in grösseren Zwischenräumen ein, dann werden sie frequenter und zuletzt ständig, dann sind sie aber auch von so geringer Intensität, dass man die Muskelbewegung kaum gewahrt. In der dritten Periode ist der Puls schwach, klein, frequent, das Bewusstsein ist so geschwächt, dass es zuweilen wie verloschen erscheint — die allgemeine Sensibilität stumpft sich ab, nur schwer erlangt man durch Reize Reflexbewegungen, die noch obendrein langsam sich gewahren lassen.

Literaturblatt.

Die Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in Sr. Maj. Kriegsmarine während des Quinquenniums 1863—1867. Im Auftrage der Marine-Section des Reichs-Kriegsministeriums statistisch zusammengestellt von Dr. Robert Kolaczek, k. k. Linienschiffsarzt. Wien 1870. In Commission bei Wilhelm Braumüller u. Sohn, k. k. Hof- u. Universitätsbuchhändler in Wien. Druck von J. B. Wallishausser. 63 pp. in Quart.

(Fortsetzung aus No. 14.)

Delirium potatorum hat die geringe Frequenz von 0.02%, schwankend von 0.008 (1866) bis zu 0.029% (1864). Es starben an dieser Affection 0.002% im Durchschnitte jährlich. In vier Jahren ist kein Todesfall verzeichnet. Die mittlere Frequenz des Delirium potatorum zu Lande beträgt 0.03%; zur See 0.01% jährlich. Die englische Marine weist im 20jährigen Durchschnitte die Morbilitäts-Ziffern von 0.28%, also ein 14 mal grösseres Erkrankungsprocent an Delirium tremens aus, als die österreichische Marine. Die Mortalität daran beziffert sich mit 0.02%, ist also 10 mal grösser, als in der österreichischen Marine. Selbstmorde erreichten die mittlere Frequenz von 0,014 jährlich; am wenigsten 1863 (0%), am meisten 1864 (0.043%). Die mittlere Frequenz betrug zu Lande 0.02% jährlich; am seltensten 1863 (0%), am häufigsten 1864 (0.06%). Zur See 0.01% jährlich; am häufigsten 1867 (0.03%), in den Jahren 1863, 1864 und 1865 kein Fall.

Verletzungen (incl. der in den Schlachten Verwundeten und der Unglücksfälle) erreichten die mittlere Frequenz von 10.83% jährlich, schwankend von 5.87% (1867) bis 19.03% (1864). Invalid wurden daran im Durchschnitt jährlich 0.55%; in minimo 0.30% (1867), in maximo 1.01% (1864). Es starben daran jährlich 0.36%, schwankend von 0.15% (1863 und 1864) bis 0.70% (1864).

Auf 100 Kranke im Allgemeinen kommen 10.33
„ „ Invalide „ „ „ 31.08
„ „ Todte „ „ „ 22.20

mit Verletzungen. Es liefern demnach letztere die absolut grösste Anzahl von Invaliden in der Marine. Zu Lande erreichen die Verletzungen die mittlere Frequenz von 4.74% jährlich; in minimo 2.51% (1867), in maximo 5.94% (1865); zur See dagegen die mittlere Frequenz von 17.60%; in minimo 9.87% (1867), in maximo 29.68% (1864). Die Differenz von 12.86% zu Ungunsten der eingeschifften Mannschaften kann mit Rücksicht auf ihre durch den Dienst gebotene schwere und gefahrvolle Arbeiten, sowie auf die Seekämpfe bei Helgoland und Lissa nicht auffallen. Bezüglich der vorgekommenen Verletzungen wird bemerkt, dass Contusionen, Knochenbrüche, Luxationen, Quetschungen, Riss-, Quetsch-, Schnitt-, Stich- und Schusswunden die am häufigsten beobachteten Formen waren.

Die nun folgende kurze Uebersicht der in den Seekämpfen bei Helgoland und Lissa vorgekommenen Verletzungen und chirurgischen Operationen, sowie der Verluste an Todten und Invaliden dürfte ausführliche Mittheilung verdienen.

Im Seegefechte bei Helgoland (9. Mai 1864) wurden von 881 Mann, welche auf den 2 Fregatten Schwarzenberg und Radetzky daran theilnahmen, 30 Mann getödtet, 60 Mann schwer und 41 Mann leicht verwundet. Von den Schwerverwundeten starben noch nachträglich 21 Mann, so dass der Gesammtverlust an Todten 51 Mann oder 5.8% und der Verlust an Invaliden 28 Mann oder 3.2% beträgt. Die schweren Verletzungen, meist durch grobes Geschütz erzeugt, vertheilen sich in topographisch-anatomischer Beziehung folgendermassen: Kopf und Hals 12, Brust 6, Bauch 5, Becken 6, Rücken 3, obere Extremitäten 21, untere Extremitäten 37. Der häufigste Sitz der Verletzungen war demnach an den Extremitäten, insbesondere an den unteren. Von grösseren chirurgischen Operationen wurden bei den Verletzten ausgeführt: 25 Amputationen und 2 Exarticulationen. Von den Amputationen wurden 14 am Oberschenkel, 7 am Unterschenkel, 1 am Oberarm und 3 an den Phalangen der Finger vorgenommen. Die Exarticulationen wurden in Tarsometatarsal-Gelenk (Lisfranc) und in Metacarpo-phalangeal-Gelenk vollführt. In 4 Fällen mussten 2 der vorbezeichneten Operationen bei einem Individuum gleichzeitig ausgeführt werden, und zwar 2 mal beide Oberschenkel, einmal der rechte Ober- und linke Unterschenkel und einmal beide Unterschenkel abgenommen werden. Von den Verwundeten, welche am Oberschenkel amputirt wurden, starben 9 (darunter die 3 vorerwähnten, an beiden Oberschenkeln, beziehungsweise am rechten Ober- und linken Unterschenkel Amputirten) und genasen 3, darunter ein Verwundeter, bei dem die Amputation nach Gritti ausgeführt wurde. Von den am Unterschenkel amputirten Verwundeten starben 2 und genasen 3. Unter den Genesenen befindet sich auch der vorerwähnte Verwundete, dem beide Unterschenkel amputirt werden mussten, wovon eine Amputation nach Pirogoff ausgeführt wurde. Die 2 Exarticulationen sowie die Finger-Amputationen heilten sämmtlich. Der Erfolg der ausgeführten Operationen war ein auffallend günstiger, besonders wenn berücksichtigt wird, dass alle Verletzungen durch schwere Geschosse erzeugt wurden, womit immer eine bedeutende Erschütterung des ganzen Körpers verbunden war. Die vorerwähnten Amputationen wurden alle frühzeitig vorgenommen.

In der Seeschlacht Lissa (20. Juli 1866) wurden von nahezu 7000 Mann, welche auf den dabei betheiligten Schiffen eingeschifft waren, 29 getödtet, 65 schwer und 88 leicht verwundet. Von den Schwerverwundeten starben nachträglich noch 6, so dass der Gesammtverlust, der an der Seeschlacht betheiligten Schiffs-Mannschaften 35 Todte oder 0.5% und 5 Invalide 0-0.4% beträgt; dazu kommen die Verluste der in der Festung Lissa stationirten Marine-Infanterie (1200 Mann), welche 13 Todte und 14 Verwundete betragen. In topographisch-anatomischer Beziehung vertheilen sich die schweren Verletzungen wie folgt: Kopf und Hals 25, Brust 5, Bauch 1, Becken 7, Rücken 9. obere Extremitäten 33, untere Extremitäten 39. Der häufigste Sitz der Verletzungen waren wieder die Extremitäten. Von grösseren chirurgischen Operationen wurden 10 Amputationen und eine Exarticulation ausgeführt. Davon waren 2 Oberschenkel-, 3

Untersehenkel-, 4 Oberarm- und eine Mittelhandknochen-Amputation und eine Exarticulation des Fusses (Chopart). In 4 Fällen wurden 2 der vorbezeichneten Operationen bei einem Individuum gleichzeitig vorgenommen und zwar wurden 1 mal beide Oberschenkel, 1 mal beide Untersehenkel, 1 mal der rechte Oberarm und der linke Fuss (Chopart) und einmal der linke Oberarm und der rechte Zeigefinger im Mittelhandknochen abgenommen. Von den Operirten genasen 3, die übrigen 4 starben. Unter den Genesenen befindet sich der Verwundete, welchem der linke Oberarm und der rechte Zeigefinger im Mittelhandknochen gleichzeitig amputirt wurden. Auch dieses Resultat muss mit Rücksicht auf die durch grobes Geschütz erzeugten schweren und ausgebreiteten Verletzungen als günstig bezeichnet werden. Die Amputationen wurden alle frühzeitig vorgenommen. Die Zahl der in den fünf Jahren durch zufällige Verletzungen und Unglücksfälle Verstorbenen beträgt 59. Von diesen verunglückten durch Ertrinken 24, durch Herabstürzen von den Masten und dergl: 21, durch Schusswunden, Verbrennungen Quetschungen etc. 11. — Fast alle diese Unglücksfälle wurden auf den Schiffen beobachtet und haben ihren genetisehen Ursprung in den schweren und gefahrvollen Dienstverrichtungen der Kriegs-Matrosen, wie auch die Todesursachen — Ertrinken, Sturz, Verbrennung und Schusswunden — beweisen. Die durchschnittliche jährliche Procentziffer der durch Unglücksfälle Gestorbenen beträgt für das Quinquennium 0.15.

Die vorstehenden Mittheilungen dürften hinreichend von der ausserordentlichen Reichhaltigkeit des Inhalts Zeugniss ablegen, welchen uns die Schrift „Kolaczek's über die österreichische Marine in nosologischen und hygieinischer Beziehung darbietet. Es lehrt dieses treffliche Buch die Bedeutung einer gründlichen und kritischen Bearbeitung selbst von den verschiedensten Seiten angesammelten statistisehen Materials, ja sogar solchen Materials kennen, welches ohne besonderen Zweck und keineswegs in der Absicht, die Grundlage für statistische Forschungen zu bilden, sich in den Schiffsjournalen anhäufte. Um so mehr aber glauben wir auf die Fortsetzung dieses Berichts gespannt sein zu müssen, da, wie schon im Anfange dieser Besprechung hervorgehoben wurde, der in Zukunft von Kolaczek zu verwendende Stoff weit reichhaltiger und detaillirter anstallen und nach bestimmten Principien zusammengetragen werden wird. Offenbar wird dann auch der Gewinn für die Hygieine der Marine ein noch weit grösserer sein, als ihn die besprochene Arbeit gibt!

Theod. Husemann.

Bericht über die Sterblichkeit der Civil-Bevölkerung Wiens im Jahre 1867. Nach amtlichen Quellen verfasst von Dr. Jakob Goldschmied, Beschauarzt. (Separat-Abdruck aus dem III. Jahresbericht des Wiener Stadt-Physikates). Wien, 1868. Druck von Jos. Stöckholzer v. Hirschfeld. Verlag des Wiener Gemeinderathes. 43 pp. in Octav.

Bericht über die Sterblichkeit der Civil-Bevölkerung Wiens im Jahre 1868 nach amtlichen Quellen und besonders nach den Monatsberichten der städtischen Beschauärzte verfasst von Dr. Jakob Goldschmied, Beschauarzt. (Separat-Abdruck aus dem Jahresberichte des Wiener Stadtphysikates). Wien 1869. Gedruckt bei Josef Stöckholzer v. Hirschfeld. Im Selbstverlage des Verfassers. 62 pp. in Octav.

Diese beiden Berichte umfassen sämmtliche im Polizeirayon von Wien verstorbenen Personen aus dem Civilstande. Es liegen denselben für die zu Hause Verstorbenen die Monatsberichte der Beschauärzte zu Grunde, welche die Daten über das Alter der Verstorbenen nach Möglichkeit authentisehen Documenten, die Bezeichnung der Todesursache aber den ärztlichen Behandlungsscheinen entnehmen, die bei allen Todesfällen abverlangt werden. Die Richtigkeit dieser Bezeichnung wird von den Beschauärzten controllirt, wobei sich häufig auch die Nothwendigkeit ergiebt, ungenaue Bezeichnungen im Einvernehmen mit den behandelnden Aerzten zu verbessern. Diese Massregel ist nöthig, um zu einer einigermassen erschöpfenden und genauen Kenntniss der Todesursachen in der Mortalität Wiens zu gelangen. Schon in einem früheren Mortalitätsberichte wurde darauf hingewiesen, dass man nicht im Stande ist, sich einfach nach den Behandlungsscheinen eine einigermassen wahrheitsgetreue Vorstellung über die relative Häufigkeit der einzelnen Todesursachen, geschweige denn über ihre absolute Häufigkeit zu bilden. Da man aber in Bezug auf einzelne Wundärzte, von denen gerade eine sehr erhebliche Zahl von Behandlungsscheinen herrührt, das „ultra posse nemo obligatur" wohl beherzigen muss, so bleibt kein anderes Auskunftsmittel übrig, als dass die Beschauärzte aus den bei den Angehörigen des Verstorbenen eingezogenen Erkundigungen, um die bei letzteren vorhanden gewesenen Krankheitssymptome und aus den Ergebnissen der Inspection, Palpation und Percussion die letzte Krankheit zu eruiren suchen. In vielen Fällen liegen auch die Verhältnisse so klar zu Tage, dass eine Feststellung der Todesursache nicht schwer ist (so z. B. bei Darmcatarrhen der Kinder, die häufig mit „Fraisen" und Abzehrung, bei Tuberculosen, die ebenfalls häufig mit „Abzehrung" oder mit „Lungenlähmung" bezeichnet werden u. s. w.). Wo aber die Ernirung nicht leicht möglich ist, wird die unbestimmte Bezeichnung auch von den Beschauärzten belassen, und so findet man in den angeschlossenen Tabellen die Todesursachen von 2% aller Todesfälle mit unbestimmten Ausdrücken bezeichnet, ein Betrag, der zu gering ist, um bei Betrachtung der Haupt-Todesursaehen in Anschlag gebracht zu werden. In den meisten und grössten Humanitätsanstalten wird die Todtenbeschau von den Hausärzten vollführt, und nach den von ihnen ausgestellten Todtenscheinen werden conform den Beschaubcrichten eigene Monatsberichte über die in den erwähnten Humanitätsanstalten Verstorbenen von dem Herrn Beschauarzt Dr. Kallamitschek verfasst. Letztere wurden vorliegenden Berichten mit zu Grunde gelegt.

So wichtig es wäre, die Richtigkeit wenigstens der Hauptziffern controlliren zu können, ist diess doch nur bis zu einem gewissen Grade thunlich. Zur Vergleichung liegen nur die Ziffern des Todtenbeschauamtes vor, welchen nur die Gesammtzahl der Verstorbenen zu entnehmen ist.

In der Tabelle I. werden die einzelnen Todesursachen in ihrer Vertheilung auf Geschlecht und Alter nachgewiesen, wobei dieselben erschöpfend aufgenommen wurden; ein detaillirterer Ausweis über die Altersverhältnisse der Verstorbenen war wegen Mangel an unterstützenden Arbeitskräften unthunlich, um so weniger konnten andere Verhältnisse der Verstorbenen, wie Beschäftigung, Civilstand u. s. w. berücksichtigt werden, so wünschenswerth diess auch gewesen wäre. Tabelle II. enthält eine erschöpfende Darstellung der zeitlichen Vertheilung der allgemeinen Mortalitätsverhältnisse. Die Anordnung der Todesursachen schliesst sich in beiden Tabellen möglichst der vom dritten internationalen statistischen Congresse angegebenen Classifeirung an, nur sind die einzelnen Classen versetzt. Die systematische Gruppirung der Krankheiten ist die allgemein gebräuchliche; dass Tuberculosen und Krebse, von den Localkrankheiten getrennt werden, erfordert schon die besondere Bedeutung dieser Todesursachen für die Mortalitätsverhältnisse einer Stadt. Tabelle III. enthält die örtliche Vertheilung einiger wichtigen Todesursachen, besonders der contagiösen und zu dem eine Darstellung der wichtigsten Verhältnisse der Mortalität des Säuglingsalters; eine grössere Ausführlichkeit in Bezug auf Todesursachen wäre hier wohl von keinem besonderen Nutzen gewesen, da die Provenienz der in Spitälern Verstorbenen nicht bekannt war, daher absolut genaue Angaben über die örtliche Vertheilung der Todesursachen ohnehin nicht zu erlangen waren, und da ferner die einzelnen Bezirke zu viele ungleichartige Elemente enthalten, um die Mortalitätsziffern ohne weiteres in sanitärer Beziehung eingehend verwerthen zu können; zudem ist schon a priori anzunehmen, dass die möglichen Fehlerquellen des Berichtes, so weit sie auf ungleichartiger Bezeichnung der Todesursachen beruhen, sich grade in localer Richtung am meisten geltend machen dürften.

In der 2ten Arbeit wurden auch die Witterungsverhältnisse berücksichtigt und in Tabelle III. die Mittelwerthe der wichtigeren meteorologischen Verhältnisse für die einzelnen Monate nach den Publicationen der k. k. Centralanstalt für Meteorologie nnd Erdmagnetismus zusammengestellt.

Um eine Vergleichung mit den Mortalitätsverhältnissen anderer Städte zu ermöglichen, wurden die Hauptziffern auf eine bestimmte Einwohnerzahl (meist 10,000) bezogen und eine solche Vergleichung mit den bezüglichen Verhältnissen Berlins im Jahre 1864 auch, so weit als möglich, wirklich durchgeführt; letzteres Jahr wurde deshalb gewählt, weil es in Bezug auf Sterblichkeit für Berlin als Normaljahr angesehen werden dürfte. Hin und wieder wurden die Mortalitätsverhältnisse beider Städte im Jahre 1867 verglichen, da dieselben beiderseits gleich günstig waren. Die zur Vergleichung nöthigen Daten wurden den Arbeiten des Berliner statistischen Bureaus entnommen. Es hat sich hierbei gezeigt, dass Berlin in Bezug auf Sterblichkeit weit mehr mit Wien übereinstimmt, als dieses bei London der Fall ist, welche Stadt im Vorjahre zur Vergleichung gewählt wurde; bei der grösseren Uebereinstimmung der ersterwähnten zwei Grossstädte in Bezug auf Zahl und Nationalität der Einwohner einerseits und der elimatisehen Verhältnisse andererseits ist diese Thatsache auch erklärlich; jedoch haben sich auch bemerkenswerthe und characteristische Unterschiede zwischen der Sterblichkeit Wiens und Berlins ergeben. So ist die Sterblichkeit Wiens constant etwas grösser als die Berlins, wie folgende Zusammenstellung zeigt; es kam auf 1000 Einwohner folgende Zahl von Todesfällen (incl. Todtgeburten):

im Jahre	in Wien	in Berlin
1864	—	30.4
1865	36.0	33.8
1866 (Cholera)	45.0	41.1
1867	33.0	28.4
1868	34.8	—
im Durchschnitt	37.2	33.4

Bei dieser Zusammenstellung muss indess bemerkt werden, dass die Ziffern für Berlin sich auch auf die Militärbevölkerung beziehen, was allerdings zur Verkleinerung derselben beitragen muss (da die Sterblichkeit der Erwachsenen eine geringere ist), aber bei der verschwindenden Zahl der Militärbevölkerung gegen die Civilbevölkerung kommt dieser Unterschied nur wenig in Betracht. Ferner ist die relative Mortalität des männlichen Geschlechtes in Berlin geringer als in Wien, weil in der Bevölkerung jener Stadt das männliche Geschlecht mehr überwiegt als in dieser. Nach der Zählung im Jahre 1864 bestand nämlich die Berliner Bevölkerung zu 50.32% aus Männern und zu 49.68% aus Weibern, während die Wiener Bevölkerung sich aus 49.2% männlicher und 50.8% weiblicher Bevölkerung zusammensetzte.

Dagegen ist die Säuglingsmortalität nicht nur relativ (im Jahre 1864 betrug sie 34.2% von den Verstorbenen), sondern auch absolut höher. Es starben zwar im Jahre 1864 in Berlin von 10,000 Einwohnern nur 103.5 Personen des Säuglingsalters, aber auch in dem günstigen Jahre 1867 betrug diese Ziffer 103.1 (in Wien, wie erwähnt, 101.4.) und ist dabei noch zu bedenken, dass die Wiener Säuglingsmortalität durch das Bestehen des Gebär- und Findelhauses künstlich erhöht wird. Auf das Bestehen des Gebärhauses ist wohl auch die grössere Geburtsziffer Wiens zu beziehn. (Sie betrug im Jahre 1864 in Wien 45 pro Mille der Einwohner, in Berlin aber nur 39.) Schon mit Rücksicht auf die niedrige Geburtsziffer Berlins ist also die Säuglingssterblichkeit dieser Stadt als höher zu bezeichnen wie die in Wien. Will man die Todesursachen der Säuglinge in diesen beiden Städten vergleichen, so muss man sich für Berlin an das Jahr 1867 halten, in welchem Jahre, wie erwähnt, fast eben so viele Säuglinge starben, als im Jahre 1864, während der Bericht über das erwähnte Jahr eine grössere Anzahl von Todesfällen mit mit den mehr unbestimmten Bezeichnungen „Fraisen“ und „Abzehrung“ umfasst, als der für 1867. Nun starben im Jahre 1867 aus einem Complexe von 10,000 Einwohnern im ersten Lebensjahre

	in Wien	in Berlin	
an Lebensschwäche	25.4	13.1	
„ Durchfall	24.6	27.7	
„ Fraisen	12.2	15.1	19.1
„ Entzündung des Centralnervensystems		4.0	
„ Atrophie und Anämie	8.1	12.9	an Abzehrung allein.

Dass die Zahl der Todesfälle durch Lebensschwäche in Berlin geringer ist als in Wien muss wieder zum Theil auf das Bestehen des Gebär- und Findelhauses in Wien bezogen werden; Durchfälle als Todesursache in Berlin dürften noch viel häufiger sein als es in obiger Tabelle ausgedrückt wird; denn wenn man die grosse Zahl der unter den Bezeichnungen „Abzehrung“ und „Fraisen“ aufgenommenen Todesfälle in's Auge fasst, kann man sich nicht des Gedankens erwehren, dass ein sehr grosser Theil dieser Fälle eigentlich der Rubrik „Durchfall“ angehören müsse, indem mit obigen Ausdrücken auch hier häufig die auf chronische Durchfälle folgende Atrophie sowie das secundäre Hydrocephaloid bezeichnet wird. Diese Vermuthung wird bekräftigt durch die Betrachtung des zeitlichen Ablaufes der Berliner Säuglingssterblichkeit, welcher von dem in Wien beobachteten ganz abweicht; während nämlich in Wien das Maximum der Säuglingssterblichkeit wie das der Gesammtmortalität auf April, und ebenso das Minimum bei der auf September fällt, tritt in Berlin das Maximum der Säuglingssterblichkeit in den heissesten Monaten des Jahres (Juli oder August) ein und sie ist dann so bedeutend, dass in Folge dessen auch das Maximum der Gesammtmortalität in diese Monate fällt, das Minimum der Berliner Säuglingsmortalität findet im Februar oder November statt. Dieser eigenthümliche Verlauf der Berliner Säuglingsmortalität ist mit dem zeitlichen Ablaufe der Darmcatarrhe, wie er überall und auch in Wien beobachtet wird, vollkommen identisch und deutet darauf hin, dass diese Todesursache in der Berliner Säuglingsmortalität in vorwiegender Weise vertreten ist.

In Berlin ist die Sterblichkeit der Altersclasse zwischen 2—20 Jahren sowohl absolut als relativ grösser als in Wien, denn sie betrug im Jahre 1864 daselbst 22% der Verstorbenen, in Wien 18.2% und von 10,000 Einwohnern starben 64.7 Personen in diesem Alter, in Wien 58.5. Ein näheres Eingehen zeigt aber, dass nur die Sterblichkeit des eigentlichen Kindesalters (vom 2.—10. Jahre) in Berlin grösser ist als in Wien; es starben nämlich von 10,000 Einwohnern in Berlin (1864) 57.1, in Wien (1868) 42.1 Personen dieses Alters, während die Sterblichkeit für das Alter von 10—20 Jahren in Wien viel grösser ist als in Berlin, in Wien (1868) 14.1 von 10,000 Einwohnern, in Berlin (1864) nur 7.6.

Die Mortalität des Mannesalters (vom 20.—60. Jahre) betrug 35.2% von den Verstorbenen, und auf 10,000 Einwohner kamen 115.1 Todesfälle dieser Altersclasse. In Berlin ist die Sterblichkeit des Mannesalters viel günstiger als in Wien; es starben nämlich in ersterer Stadt im Jahre 1864 von 10,000 Einwohnern nur 79.1 Personen dieses Alters (= 27% der Verstorbenen), im Jahre 1867 sogar nur 72.9 von 10,000 Einwohnern.

Verschiedene Differenzen beider Städte beziehen sich auf die Todesursachen:

Hirn- und Hirnhautapoplexien waren in Wien erheblich seltener und betrugen nur 1.2% der Gesammtmortalität; von 10,000 Einwohnern starben davon 4.1 Personen, in Berlin (1864) mehr als doppelt so viel, nämlich 11.9 von 10,000 Einwohnern. In Berlin ist Pneumonie viel seltener, im Jahre 1864 starben daselbst an Pneumonie und Pleuritis von 10,000 Einwohnern 12.9 Personen, in Wien aber 28.5.

Die Krankheiten der Circulationsorgane veranlassen 9.9 Todesfälle unter 10,000 Einwohnern (= 2.8% der Gesammtzahl) in Wien, wovon 8 (= 2.3%) auf die organischen Herzfehler kommen. In Berlin waren diese im Jahre 1864 viel seltener (nur 3.6 unter 10,000 Einwohnern).

Allgemein aber kommen in Berlin die Todesursachen des Kindesalters, vorzüglich Durchfälle und contagiöse Krankheiten, besonders die acuten Exantheme, häufiger vor als in Wien, während in Wien die Haupttodesursachen der Erwachsenen, besonders die Lungentuberculose, viel häufiger sind als in Berlin, Umstände, welche, wie gezeigt wurde, auch dem zeitlichen Ablaufe der Sterblichkeit in diesen beiden Städten einen ganz verschiedenen Character aufprägen.

Wir haben uns gestattet, die zur Vergleichung der Mortalität von Wien und Berlin bezüglichen Momente den beiden kleinen Schriften von Goldschmied zu entnehmen und glauben, dass diese Daten allein über die sorgfältige Art und Weise, mit der das Ganze bearbeitet wurde, den nöthigen Aufschluss geben. Nicht allein Medicinalstatistikern von Fach und den Aerzten, welche von Staatswegen angestellt sind, um analoge statistische Erhebungen zu machen, sondern dem gesammten ärztlichen Publicum meinen wir die beiden Broschüren als eine interessante und anregende, in keiner Weise ermüdende Lectüre empfehlen zu dürfen, deren Interesse sich noch dadurch erhöht, dass es sich um die vielen Aerzten durch eigene Anschauung und den Besuch seiner vortrefflichen Lehranstalten bekannt gewordenen Kaiserstadt Wien handelt, deren Sterblichkeitsverhältnisse dargestellt sind.

Th. Husemann.

Druck und Verlag von Georg Reimer in Berlin.